



Tandsundhed

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

Petersen, Poul Erik; Davidsen, Michael ; Ekholm, Ola; Illemann Christensen, Anne

Publication date:
2019

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Document license:
[Ikke-specificeret](#)

Citation for published version (APA):
Petersen, P. E., Davidsen, M., Ekholm, O., & Illemann Christensen, A. (2019). *Tandsundhed: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Poul Erik Petersen
Michael Davidsen
Ola Ekholm
Anne Illemann Christensen



Tandsundhed

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

Kolofon

Tandsundhed. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

Poul Erik Petersen, professor, Odontologisk Institut, Københavns Universitet

Michael Davidsen, seniorforsker, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Ola Ekholm, seniorrådgiver, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Anne Illemann Christensen, forskningschef, Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Copyright © 2019

Statens Institut for Folkesundhed,
SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller,
er tilladt mod tydelig gengivelse.

Elektronisk udgave: 978-87-7899-441-7

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Stu­di­es­træ­de 6

1455 Kø­ben­havn K

www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra

www.sdu.dk/sif

Tandsundhed

Tand- og mundsundhed betragtes i dag som en integreret del af det generelle helbred og udgør et vigtigt aspekt af menneskets livskvalitet og funktionsevne (1, 2). Sygdomme i tænder og mund og de eventuelt medfølgende smerter eller ubehag kan have en negativ sammenhæng med vigtige livsfunktioner, såsom fødeindtagelse (3), mentalt helbred (4) og sociale relationer (2). Gener på grund af sygdomme i tænder og mund kan endvidere give anledning til, at den almindelige livsførelse begrænses i en sådan grad, at det eksempelvis kan være svært at passe arbejde eller skole (2). Direkte adspurgt om betydningen af god tandsundhed svarer danskerne i en undersøgelse, at næst efter rygsmerter og hovedpine er tandsygdomme det mest belastende helbredsproblem, de har været plaget af (5). I samme undersøgelse blev det at miste alle sine tænder vurderet til at være den største trussel mod livskvaliteten ud af de angivne muligheder, herunder insulinkrævende diabetes og seksuel dysfunktion (5). Befolkningens tandsundhed har også betydning for omfanget af det offentlige sygesikringsudgifter til tandpleje og behandling (6), og god tand- og mundsundhed er derfor både i den enkeltes og samfundets interesse (7).

Globalt set er sygdomme i tænder og mund de mest udbredte ikke-smitsomme sygdomme i verden (8), og i det globale sygdomsbyrdestudie fra 2016 estimeres det, at omkring halvdelen af verdens befolkning lider af tand- eller mundsygdomme med caries i blivende tænder som den hyppigste sygdomstilstand overhovedet (8, 9). Ifølge verdenssundhedsorganisationen WHO kan befolkningens tandsundhed forbedres ved at implementere forebyggelsesstrategier, som retter sig mod kendte risikofaktorer for sygdomme i tænder og mund (2, 9). Dette omfatter fremme af sund kost med et lavt indhold af tilsat sukker og et højt indhold af frugt og grøntsager, en reduktion i forbruget af tobak og alkoholindtaget samt fremme af brug af beskyttelsesudstyr ved sport og kørsel i motor-køretøjer (2, 9). Endvidere fremhæves den gavnlige virkning af tandbørstning to gange dagligt med fluortandpasta som et element i sygdomsforebyggelsen. I Danmark børster langt de fleste voksne tænder mindst to gange dagligt med brug af fluortandpasta, og det har vist sig at være effektivt i forebyggelsen af caries (7). Yderligere initiativer end disse bør imidlertid inkluderes i arbejdet med at forebygge social ulighed i tandsundhed, herunder særligt ved strukturelle indsatser, såsom regulering af markedsføring af sukkerholdige fødevarer til børn, indførelse af sukkerafgift og tilsætning af fluorid til drikkevand (10).

Tand- og mundsygdomme har flere af de samme sociale og sundhedsadfærdsmæssige årsags-sammenhænge som andre kroniske sygdomme (2). De fælles risikofaktorer (usund kost, brug af tobak, overdreven indtagelse af alkohol) kan i vid udstrækning forklare, hvorfor der er sammenfald mellem forskellige kroniske sygdomme og tand- og mundsygdomme. Imidlertid foreligger der også direkte årsagssammenhænge mellem forskellige kroniske sygdomme og mundens sygdomme som eksempelvis mellem type 2-diabetes og alvorlig parodontose (11). Der er evidens for, at sammenhængen mellem parodontose og type 2-diabetes er reciprok (12). Ukontrolleret diabetes øger risikoen for alvorlig parodontose og tandtab; omvendt kan alvorlig parodontose også foranledige bio-

logiske mekanismer, der fremmer udvikling af diabetes (12). Derudover gælder det, at dårlig ernæringstilstand (13), svampeinfektion i munden (14), visse infektionssygdomme (f.eks. HIV/AIDS) (15) samt autoimmune sygdomme, såsom Sjögrens syndrom (16), ofte manifesterer sig ved forandringer i munden, der kan føre til parodontose, caries og dermed risiko for tab af naturlige tænder. Brug af tobak er en grundlæggende årsag til alvorlig parodontose, tab af tænder og mundhulekræft (17). Ud over planlagte besøg for eftersyn af tænderne kan besøg hos tandlægen med relativt korte intervaller således være relevante for en tidlig opsporing af mundhulekræft og sygdomstilstande i slimhinderne. Regelmæssige tandlægebesøg har således bredere implikationer for folkesundheden end de, der alene knytter sig til befolkningens tandsundhed.

Danskernes tandsundhed er overordnet set god og har forbedret sig markant i løbet af de seneste årtier, hvilket blandt andet afspejles i et fald af caries og tandløshed (18-20). Som i andre vestlige lande tilskrives den forbedrede tandsundhed blandt voksne en generel forbedring i levevilkår, adgang til et forebyggelsesorienteret tandplejesystem, regelmæssig personlig tandpleje med daglig brug af fluortandpasta (2). I Danmark har indførelsen af offentlig tandpleje i barneårene også spillet en afgørende rolle for reduktion i tandløshed og bevarelsen af et funktionelt tandsæt på mindst 20 tænder (21). Caries og alvorlig parodontose rammer dog fortsat en stor andel af voksenbefolkningen (18, 19, 22), og begge sygdomme kan medføre øget risiko for tandtab. I en nationalt repræsentativ undersøgelse er det påvist, at i aldersgruppen 35-44-årige var gennemsnitligt 16 ud af 32 tænder berørt af caries (18,19). Det gjaldt tilsvarende 26 tænder blandt de 65-74-årige, blandt hvem en stor andel dog havde fået trukket tænder ud. Både forekomsten af caries, byrden af ubehandlet caries (19) samt andelen af tandløse voksne og voksne med aftagelige tandproteser er imidlertid faldet over tid (20, 21). I 1970'erne var tabet af naturlige tænder særdeles almindeligt både hos ældre og yngre voksne (23), og mange mennesker havde således aftagelig tandprotese, det gjaldt for eksempel en fjerdedel i gruppen af 35-44-årige og trefjerdedele af personer i alderen 65-69 år.

En væsentlig del af ældregruppen af i dag har i barneårene haft tilbud om skoletandpleje. Dengang var caries hos børn meget udbredt og ofte forbundet med smerte og ubehag. Formålet med den funderede gratis skoletandpleje var primært at yde almindelig reparativ behandling af caries, men som følge af den alvorlige caries hos børn var tandudtrækning også hyppig. Lov om børnetandpleje trådte i kraft i 1972 (24). Loven indebar, at der blev indført tilbud om regelmæssig, vederlagsfri børnetandpleje, og alle landets kommuner blev pålagt at etablere forebyggende, opbyggende og behandlende tandpleje for børn. Med loven om tandpleje fra 1986 (25) har alle børn, inklusive førskolebørn, og unge op til 18 år således fået tilbudt gratis tandpleje. Tilbuddet har siden start haft stor tilslutning og har i dag en tilslutningsprocent på næsten 100 (26). Det betyder, at store dele af yngre og midaldrende voksne i dag har deltaget i det kommunale tilbud om børne- og ungdoms-tandpleje tidligt i livet.

Selvom der i snart 50 år har eksisteret gratis tilbud om forebyggende og behandlende børnetandpleje, som ideelt set skulle sikre alle lige adgang til sådanne ydelser uanset socioøkonomisk position, er der fortsat udtalte sociale forskelle i tandsundheden blandt voksne. Således er der en meget tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og både forekomst og sværhedsgrad af caries (19), parodontose (22) og især tandstatus (18,20). Denne sociale ulighed er især tydelig blandt ældre (27, 28) og kan primært forklares ved, at sygdomme i tænder og mund har samme sociale og sundhedsadfærdsmæssige årsagssammenhænge som andre kroniske sygdomme (2, 27). De fælles årsagsfaktorer kan således forklare, hvorfor sygdomme i tænder og mund ofte optræder samtidigt med andre sygdomme som eksempelvis langesygdom eller hjertekarsygdom, der også er ulige fordelt i befolkningen (29,30).

Tandplejen for voksne gives af privatpraktiserende tandlæger efter stykprisprincip, og regionerne giver tilskud til almindelige behandlingsydelser og visse forebyggende ydelser. Aftagelige tandproteser og behandling med kroner og broer er generelt ikke omfattet af offentlige tilskud, og der gives kun relativt beskedent tilskud til behandling og forebyggelse af parodontose. Generelt set har udnyttelsen af voksentandplejen været stigende de seneste årtier (20,23,31). I de senere år har stigningen i andelen af voksne med regelmæssige tandlægebesøg især fundet sted for midaldrende og ældre personer, mens der ses et fald blandt yngre personer (31). Førhen så markante kønsforskelle i hyppigheden af tandlægebesøg er desuden reduceret. Den tydelige sociale ulighed i tandlægebesøg har imidlertid været konstant over en ganske lang årrække, men udviklingen i den sociale ulighed varierer dog på tværs af aldersgrupper (31). Brugerbetaling til tandpleje er høj (80 %) i Danmark sammenlignet med andre europæiske lande (32, 33). Den relativt høje brugerbetaling er en vigtig årsag til ulighed i tandpleje, og den økonomiske belastning er således særligt stor for personer med ringe økonomiske ressourcer. Også den historisk set begrænsede adgang til tandlæge i visse geografiske områder af landet har spillet en rolle for bristende tandplejetraditionen hos den helt ældre del af befolkningen. For ældre voksne har manglende adgang til tandlæger tillige haft indflydelse på valget af behandling og især begunstiget tandudtrækning frem for tandbevarende behandling af sygdomme. Tandplejetilbuddet er dog blevet styrket for ældre mennesker samt socialt og økonomisk dårligt stillede borgere. Dermed er det muligt for kommunerne at tilbyde tandplejeydelser til borgere, som på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse ikke i tilstrækkeligt omfang på eget initiativ er i stand til at benytte de almindelige tandplejetilbud. I 1994 blev det ved en lovændring besluttet at ændre kommunernes mulighed for at tilbyde omsorgstandpleje til en forpligtelse (34). Senest blev det i 2013 med en ændring i aktivloven besluttet at yde tilskud til alle former for forebyggende og behandlende tandpleje til borgere på kontanthjælp eller andre tilsvarende ydelser (35). Formålet med denne lovændring var at forbedre tandsundheden blandt udsatte grupper i befolkningen og dermed reducere den sociale ulighed i tandsundheden i Danmark.

I denne temarapport belyses tandsundheden ud fra selvrapporterede oplysninger fra en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse blandt den voksne befolkning i Danmark på 16 år eller derover (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, SUSY). Der er anvendt to spørgsmål til at belyse befolkningens tandsundhed. I det ene spørgsmål, som har været med i SUSY-undersøgelsen siden 1987, spørges der til, hvor mange egne tænder svarpersonerne har tilbage. Tyve eller flere egne tænder anses af WHO (21) for at være et funktionelt tandsæt. Det andet spørgsmål omhandler hyppigheden af regelmæssige tandlægebesøg for eftersyn af tænderne i løbet af de seneste 5 år. Som afspejling af den i 2016 implementerede praksis i voksentandplejen, hvor der blev fastlagt nye retningslinjer for intervaller med diagnostiske undersøgelser (36), er spørgsmålet om regelmæssige tandlægebesøg blevet modificeret i SUSY-2017, og udviklingen over tid kan derfor ikke følges for denne indikator. For en uddybende beskrivelse af materiale og metode i SUSY-2017, se (37).

I tabel 1 vises andelen, der i løbet af de seneste 5 år regelmæssigt har været til tandlæge for eftersyn af tænderne, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper, fordelt efter hyppighed. Det fremgår blandt andet, at andelen, der ikke har været regelmæssigt til tandlæge i løbet af de seneste 5 år, i alle aldersgrupper er større blandt mænd end blandt kvinder. Den største andel ses blandt begge køn i aldersgruppen 25-34 år.

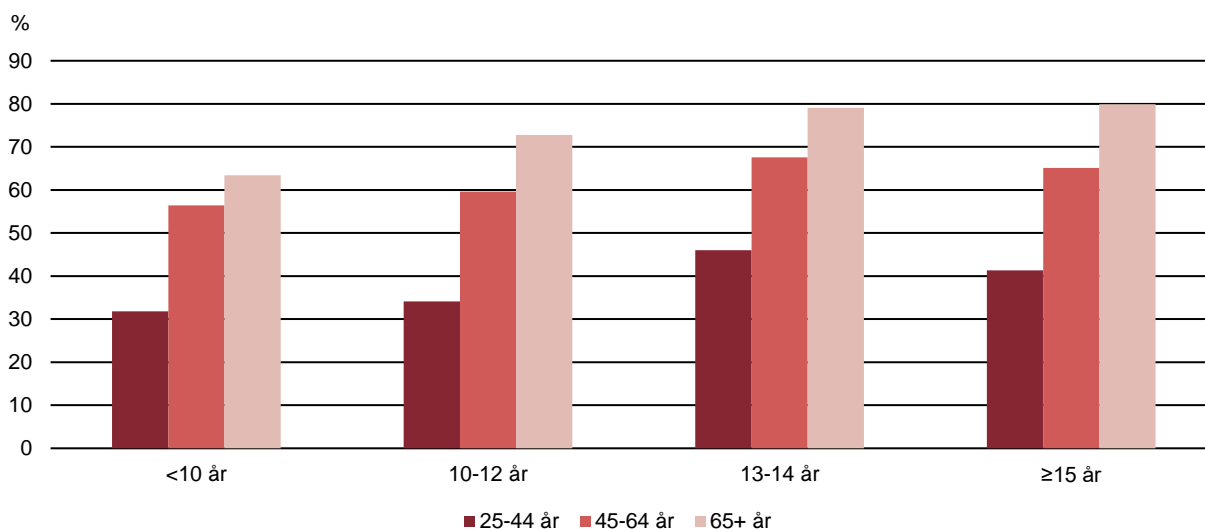
Tabel 1. Regelmæssige tandlægebesøg for eftersyn af tænderne i løbet af de seneste 5 år blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent og antal svarpersoner

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ja, med intervaller på mindre end 12 måneder	39,2	32,2	44,1	57,0	66,6	74,7	63,1	53,8
Ja, med intervaller på 12-18 måneder	28,5	25,5	23,3	18,0	11,4	8,3	12,3	18,3
Ja, med intervaller på 19-24 måneder	8,2	7,4	5,2	5,1	3,8	2,1	3,0	5,0
Ja, med intervaller på mere end 24 måneder	8,1	9,8	8,1	5,7	3,5	2,0	2,9	5,8
Nej, ingen regelmæssige tandlægebesøg for eftersyn af tænderne i løbet af de seneste 5 år	16,0	25,1	19,2	14,2	14,7	12,9	18,7	17,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	544	570	762	1.067	1.135	1.093	593	5.764
Kvinder								
Ja, med intervaller på mindre end 12 måneder	39,9	36,8	50,7	61,2	72,7	78,8	72,8	59,0
Ja, med intervaller på 12-18 måneder	29,7	28,5	24,5	20,6	14,3	9,9	7,0	19,5
Ja, med intervaller på 19-24 måneder	8,9	8,7	5,5	3,7	1,9	1,4	1,7	4,5
Ja, med intervaller på mere end 24 måneder	8,0	8,1	6,3	3,3	2,6	1,8	2,2	4,6
Nej, ingen regelmæssige tandlægebesøg for eftersyn af tænderne i løbet af de seneste 5 år	13,5	17,9	13,0	11,2	8,5	8,1	16,3	12,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	781	833	940	1.223	1.305	1.234	673	6.989

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

Det ses af figur 1, at andelen, der i løbet af de seneste 5 år regelmæssigt har gået til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder, i alle uddannelsesgrupper stiger med stigende alder. Der er stort set ingen forskel i andelen mellem personer med en uddannelse på henholdsvis 13-14 år og 15 år eller derover.

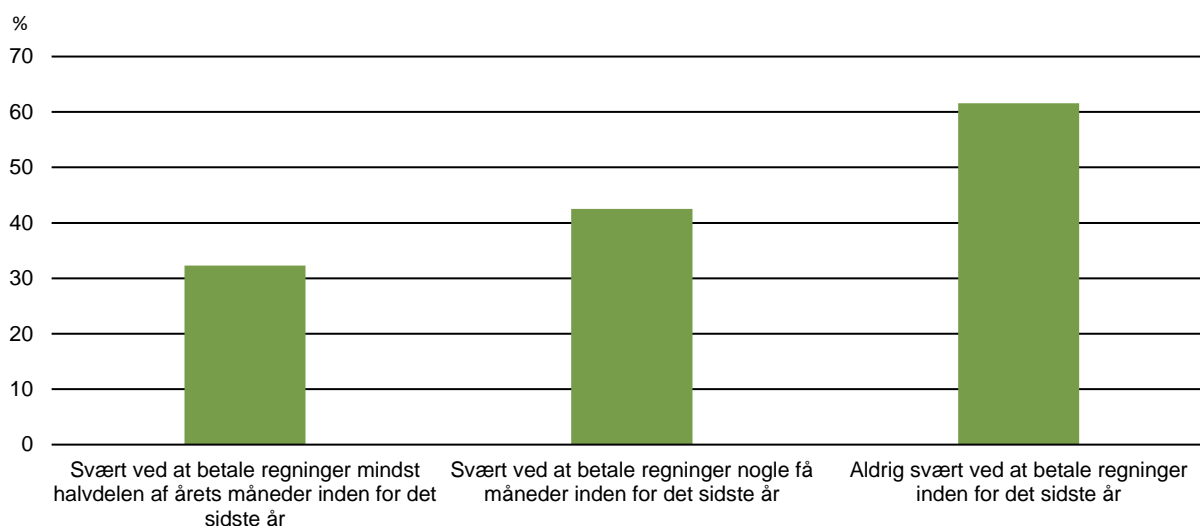
Figur 1. Andel, der i løbet af de seneste 5 år regelmæssigt har gået til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder, i forskellige uddannelses- og aldersgrupper. Procent



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

Sammenhængen mellem regelmæssige tandeftersyn med intervaller på mindre end 12 måneder, og i hvor høj grad man har haft svært ved at betale regninger inden for det sidste år, fremgår af figur 2. Det ses, at der er en tydelig sammenhæng, hvor andelen med regelmæssige tandlægebesøg stiger med graden af at kunne betale sine regninger. Således stiger andelen med regelmæssige tandlægebesøg med intervaller på mindre end 12 måneder fra 32,3 % blandt personer, som mindst halvdelen af årets måneder har haft svært ved at betale regninger, til 42,5 % og 61,6 % blandt de, der henholdsvis har haft svært ved det nogle få måneder og aldrig har haft svært ved det.

Figur 2. Andel, der i løbet af de seneste 5 år har været regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre en 12 måneder (i alderen 25 år eller derover), fordelt efter i hvor høj grad man har haft svært ved at betale regninger inden for det sidste år. Aldersjusteret procent



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017

Tabel 2 viser, at der er sket et markant fald i andelen af tandløse, fra 17,7 % i 1987 til 3,4 % i 2017. Samtidig er andelen, der har alle tænder tilbage, steget fra 28,9 % til 49,9 %.

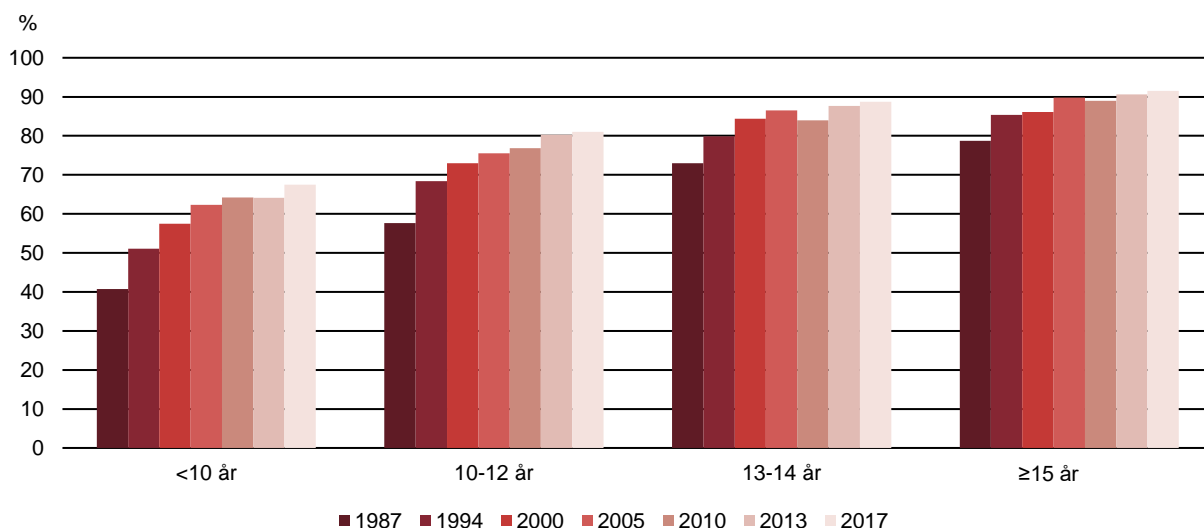
Tabel 2. Antal egne tænder tilbage. Procent og antal svarpersoner

	1987	1994	2000	2005	2010	2013	2017
Tandløs	17,7	12,7	8,6	6,9	4,7	4,1	3,4
1-9 tænder tilbage	6,9	5,7	4,9	4,4	4,3	3,8	4,3
10-19 tænder tilbage	9,4	7,2	7,3	6,6	7,9	7,1	7,2
20-27 tænder tilbage	37,0	35,1	33,1	33,7	32,9	33,9	35,2
Alle tænder tilbage	28,9	39,4	46,0	48,0	50,2	51,1	49,9
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.752	4.667	16.688	14.566	14.918	13.919	12.853

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne

I figur 3 ses andelen, der har 20 eller flere egne tænder tilbage, i perioden 1987 til 2017 i forskellige uddannelsesgrupper. Det fremgår for alle år, at jo længere uddannelse, desto større andel. Der er i perioden 1987 til 2017 sket en stigning i andelen i alle uddannelsesgrupper.

Figur 3. Andel, der har 20 eller flere egne tænder tilbage, i forskellige uddannelsesgrupper (i alderen 25 år eller derover). 1987-2017. Aldersjusteret procent



Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne

I de efterfølgende opslagstabeller og -figurer gives der en detaljeret beskrivelse af andelen, der i løbet af de seneste 5 år regelmæssigt har gået til tandlæge med intervaller på mindre end 12 måneder, og af andelen, der har mindst 20 egne tænder tilbage.

Tabel 3. Andel, der i løbet af de seneste 5 år har gået regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder

		Procent	OR	95 % sikkerhedsgrenser	Antal svarpersoner
År	2017	56,5			12.753
Mænd	16-24 år	39,2	0,49	(0,39;0,61)	544
	25-34 år	32,2	0,36	(0,29;0,45)	570
	35-44 år	44,1	0,60	(0,49;0,73)	762
	45-54 år	57,0	1		1.067
	55-64 år	66,6	1,51	(1,25;1,81)	1.135
	65-74 år	74,7	2,23	(1,83;2,72)	1.093
	≥75 år	63,1	1,29	(1,04;1,61)	593
	Alle mænd	53,8			5.764
Kvinder	16-24 år	39,9	0,42	(0,35;0,51)	781
	25-34 år	36,8	0,37	(0,30;0,45)	833
	35-44 år	50,7	0,65	(0,55;0,78)	940
	45-54 år	61,1	1		1.223
	55-64 år	72,7	1,70	(1,42;2,03)	1.305
	65-74 år	78,8	2,36	(1,95;2,86)	1.234
	≥75 år	72,8	1,70	(1,37;2,11)	673
	Alle kvinder	59,0			6.989
Uddannelse	Under uddannelse	40,3			936
	Grundskole	57,3	0,56	(0,47;0,67)	930
	Kort uddannelse	58,7	0,94	(0,84;1,05)	4.447
	Kort videregående uddannelse	63,8	1,20	(1,02;1,42)	1.053
	Mellemlang videregående uddannelse	58,0	1		2.801
	Lang videregående uddannelse	51,2	0,94	(0,81;1,08)	1.555
	Anden uddannelse	59,1	0,73	(0,60;0,90)	644
Erhvervs- mæssig stilling	Beskæftiget	54,1	1		6.518
	Arbejdsløs	35,8	0,47	(0,34;0,64)	223
	Førtidspensionist	54,8	0,65	(0,51;0,83)	361
	Andre uden for arbejdsmarkedet	42,6	0,52	(0,42;0,66)	530
	Efterlønsmodtager	78,6			310
	Alderspensionist	73,6			3.593
Samlivs- status	Gift	64,0	1		6.954
	Samlevende	44,8	0,78	(0,69;0,88)	1.951
	Enlig (separeret, skilt)	58,9	0,67	(0,57;0,78)	950
	Enlig (enkestand)	69,2	0,73	(0,60;0,88)	709
	Enlig (ugift)	44,4	0,83	(0,73;0,96)	2.189
Etnisk bag- grund	Dansk	57,8	1		11.832
	Anden vestlig	52,8	0,97	(0,78;1,22)	421
	Ikke-vestlig	41,4	0,69	(0,56;0,84)	500
Region	Hovedstaden	53,5	0,93	(0,87;1,00)	3.693
	Sjælland	61,0	1,08	(0,98;1,18)	1.818
	Syddanmark	58,1	1,01	(0,93;1,09)	2.925
	Midtjylland	55,8	0,97	(0,90;1,05)	2.903
	Nordjylland	57,0	1,02	(0,92;1,14)	1.414

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne

Køn og alder: I alt angiver 56,5 % af den voksne befolkning i Danmark i 2017, at de i løbet af de seneste 5 år har gået regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder. Andelen er større blandt kvinder (59,0 %) end blandt mænd (53,8 %), og dette mønster genfindes i alle aldersgrupper undtaget blandt de 16-24-årige, hvor der stort set ikke er nogen forskel i andelen blandt mænd og kvinder. Blandt begge køn ses de mindste andele blandt de 16-34-årige, hvorefter andelen stiger med stigende alder til og med aldersgruppen 65-74 år. Herefter ses et fald i andelen.

Uddannelse: Der ses ingen tydelig sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der i løbet af de seneste 5 år har gået regelmæssigt til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder. Den største andel ses blandt personer med en kort videregående uddannelse (63,8 %).

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der i løbet af de seneste 5 år regelmæssigt har gået til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder, er markant mindre blandt arbejdsløse (35,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (42,6 %) end blandt beskæftigede (54,1 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem de forskellige beskæftigelsesgrupper, er andelen ligeledes mindre blandt førtidspensionister.

Samlivsstatus: Forekomsten af personer, der i løbet af de seneste 5 år regelmæssigt har gået til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder, er højere blandt gifte end blandt både samlevende og enlige.

Etnisk baggrund: Andelen, som inden for de seneste 5 år regelmæssigt har gået til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder, er mindre blandt personer med ikke-vestlig baggrund (41,4 %) sammenlignet med personer med dansk baggrund (57,8 %). Blandt personer med anden vestlig baggrund er andelen 52,8 %.

Region: Ingen af regionerne adskiller sig nævneværdigt fra landsgennemsnittet, hvad angår andelen, der i løbet af de seneste 5 år regelmæssigt har gået til tandlæge for eftersyn af tænderne med intervaller på mindre end 12 måneder.

Udvikling: På grund af ændringer svarkategorierne i 2017 er det ikke muligt at følge udviklingen over tid for denne indikator.

Tabel 4. Andel, der har 20 eller flere egne tænder tilbage

		Procent	OR	95 % sikkerhedsgrenser	Antal svarpersoner
År	1987	65,9	0,11	(0,10;0,13)	4.752
	1994	74,4	0,24	(0,22;0,27)	4.667
	2000	79,1	0,40	(0,37;0,44)	16.688
	2005	81,7	0,58	(0,54;0,63)	14.566
	2010	83,1	0,64	(0,59;0,70)	14.918
	2013	85,0	0,85	(0,77;0,92)	13.919
	2017	85,1	1		12.853
Mænd	16-24 år	97,5	3,36	(1,61;6,99)	544
	25-34 år	95,5	1,79	(1,03;3,12)	570
	35-44 år	97,2	2,98	(1,70;5,24)	760
	45-54 år	92,2	1		1.069
	55-64 år	83,7	0,44	(0,32;0,60)	1.143
	65-74 år	68,6	0,19	(0,14;0,25)	1.102
	≥75 år	45,3	0,07	(0,05;0,10)	616
	Alle mænd	85,1			5.804
Kvinder	16-24 år	97,4	2,67	(1,40;5,10)	785
	25-34 år	96,6	2,04	(1,12;3,72)	833
	35-44 år	97,3	2,51	(1,45;4,35)	934
	45-54 år	93,4	1		1.231
	55-64 år	85,6	0,42	(0,31;0,58)	1.310
	65-74 år	69,7	0,16	(0,12;0,22)	1.255
	≥75 år	46,6	0,06	(0,05;0,08)	701
	Alle kvinder	85,0			7.049
Uddannelse	Under uddannelse	97,4			942
	Grundskole	54,7	0,18	(0,14;0,22)	952
	Kort uddannelse	85,6	0,54	(0,44;0,65)	4.474
	Kort videregående uddannelse	90,4	0,82	(0,62;1,10)	1.057
	Mellemlang videregående uddannelse	92,4	1		2.807
	Lang videregående uddannelse	95,0	1,19	(0,83;1,70)	1.555
	Anden uddannelse	72,2	0,32	(0,25;0,42)	646
Erhvervs- mæssig stilling	Beskæftiget	95,4	1		6.520
	Arbejdsløs	87,4	0,30	(0,18;0,52)	225
	Førtidspensionist	72,2	0,18	(0,13;0,24)	364
	Andre uden for arbejdsmarkedet	86,4	0,32	(0,22;0,46)	530
	Efterlønsmodtager	86,0			313
	Alderspensionist	59,8			3.674
Samlivs- status	Gift	85,1	1		6.996
	Samlevende	92,7	0,82	(0,65;1,03)	1.958
	Enlig (separeret, skilt)	76,0	0,57	(0,47;0,69)	967
	Enlig (enkestand)	51,0	0,58	(0,48;0,70)	736
	Enlig (ugift)	92,6	0,60	(0,47;0,77)	2.196
Etnisk bag- grund	Dansk	85,6	1		11.927
	Anden vestlig	80,3	0,43	(0,30;0,63)	421
	Ikke-vestlig	81,9	0,25	(0,19;0,34)	505
Region	Hovedstaden	88,0	1,26	(1,12;1,41)	3.711
	Sjælland	84,1	1,10	(0,97;1,25)	1.828
	Syddanmark	82,5	0,87	(0,78;0,98)	2.951
	Midtjylland	85,5	1,06	(0,94;1,18)	2.932
	Nordjylland	82,2	0,78	(0,68;0,90)	1.431

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne

Køn og alder: Blandt voksne i Danmark på 16 år eller derover er der i alt i 2017 85,1 %, som har mindst 20 egne tænder tilbage. Der er ingen forskel i andelen mellem mænd (85,1 %) og kvinder (85,0 %). Til og med aldersgruppen 35-44 år er andelen større end 95 % blandt både mænd og kvinder. Herefter falder andelen med stigende alder til omkring 45 % blandt mænd og kvinder på 75 år eller derover.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, som har mindst 20 egne tænder tilbage, hvor andelen stiger med stigende uddannelsesniveau. Således er andelen mindst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (54,7 %) og størst blandt personer med en lang videregående uddannelse (95,0 %).

Erhvervsmæssig stilling: En større andel blandt beskæftigede (95,4 %) har mindst 20 egne tænder tilbage sammenlignet med arbejdsløse (87,4 %), førtidspensionister (72,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (86,4 %).

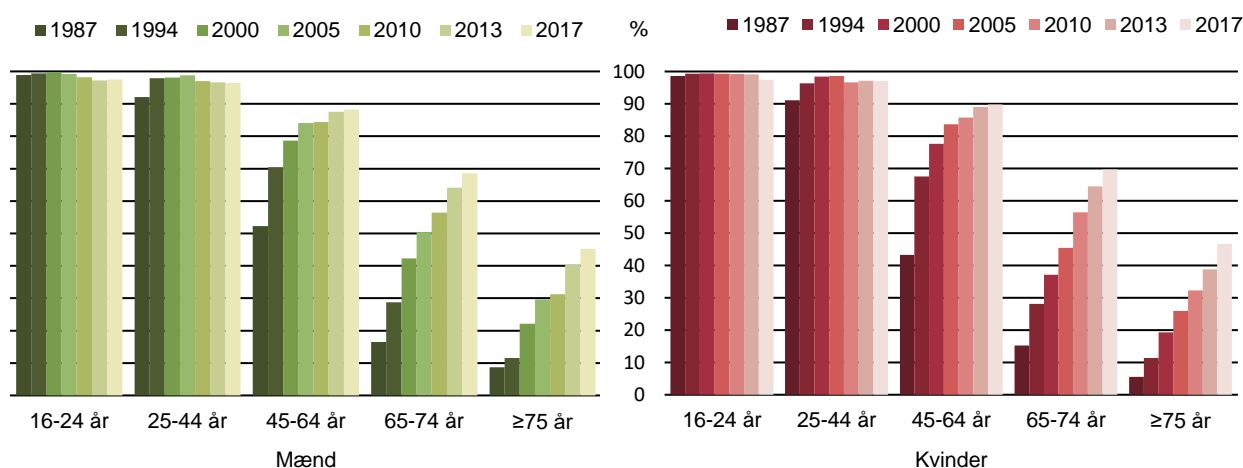
Samlivsstatus: Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem samlivsgrupperne, er andelen, der har mindst 20 egne tænder tilbage, større blandt gifte end blandt enlige.

Etnisk baggrund: Andelen, der har mindst 20 egne tænder tilbage, er større blandt personer med dansk baggrund (85,6 %) end blandt personer med anden vestlig (80,3 %) eller ikke-vestlig (81,9 %) baggrund.

Region: Mens andelen med mindst 20 egne tænder tilbage er større end landsgennemsnittet i Region Hovedstaden (88,0 %), er andelen mindre i Region Syddanmark (82,5 %) og Region Nordjylland (82,2 %).

Udvikling: Overordnet set har der i perioden 1987 til 2017 været en markant stigning på knap 20 procentpoint i andelen, der har mindst 20 egne tænder tilbage. Mellem 2013 og 2017 er andelen dog stort set uændret. Både blandt mænd og blandt kvinder ses der i hele perioden tydelige stigninger i andelen for aldersgrupperne 45-64 år, 65-74 år og 75 år eller derover. For den yngste aldersgruppe er andelen stor og stort set uændret i perioden, mens der for den næst yngste aldersgruppe ses en stigende tendens mellem 1987 og 2000, hvorefter andelen har været nogenlunde stabil.

Figur 4. Andel, der har 20 eller flere egne tænder tilbage. 1987-2017. Procent



Referencer

1. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flexman A, Naghavi M, Lopez A, Murray CJL. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013; 92: 592-7.
2. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31(suppl. 1): 3-24.
3. Touger-Decker R, Mobley D. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Oral health and nutrition. *J Academy Nutr Diet*. 2013; 113: 693-701.
4. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med*. 2015; 77: 83-92.
5. Hede B, Vigild M, Linneberg A. Dental diseases as a health problem in the Danish population. *Tandlægebladet*. 2003; 107: 324-8.
6. Meier T, Deumelandt P, Christen O, Stangl GI, Riedel K, Langer M. Global burden of sugar-related dental disease in 168 countries and corresponding health care costs. *J Dent Res*. 2017; 96: 845-54.
7. Cortsen B. Tandstatus, tandsundhed objektivt og subjektivt vurderet. Resultater fra KRAM undersøgelsen. DSI, Rapport 2012.02
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2016. Tilgået 28-11-2018: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
9. World Health Organization. Oral health – key facts. 24. september 2018. Tilgået 29-11-2018: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
10. Kwan S, Petersen PE. Oral health: equity and social determinants (pp159-176). In: Blas E, Ku-rup AS. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization, 2010.
11. Mauri-Obradors E, Estrugo-Devesa A, Jané-Salas E, Viñas M, López-López José. Oral manifestations of Diabetes Mellitus. A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017; 22: e586-94.
12. Holmstrup P, Damgaard C, Olsen I, Klinge B, Flyvbjerg A, Nielsen CH, Hansen RH. Comorbidity of periodontal disease: two sides of the same coin? An introduction for the clinician. *J Oral Microbiol*. 2017; 9: 1332710.
13. Pflipsen M, Zenchenko Y. Nutrition for oral health and oral manifestations of poor nutrition and unhealthy habits. *Gen Dent*. 2017; 65: 36-43.
14. Rautemaa R, Lauhio A, Culliman MP, Seymour GJ. Oral infections and systemic disease – an emerging problem in medicine. *Clin Microbiol Infect*. 2007; 13: 1041-7.

15. Coogan MM, Greenspan J, Challacombe SJ. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83: 700-6.
16. Saccucci M, Di Carlo G, Bossù M, Giovarruscio F, Salucci A, Polimeni A. Autoimmune diseases and their manifestations on oral cavity: diagnosis and clinical management. *J Immunol Res*. 2018, May 27. Doi: 10.1155/2018/6061825. eCollection 2018.
17. Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, Peidro EC, Preshaw PM, Walter C et al. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int Dent J*. 2010; 60: 7-30.
18. Krstrup U, Petersen PE. Voksenundersøgelsen i Danmark 2000/2001. *Tandlægebladet*. 2005; 109: 798-812.
19. Krstrup U, Petersen PE. Dental caries prevalence among adults in Denmark – the impact of socio-demographic factors and use of oral health services. *Community Dent Health*. 2007; 24: 225-32.
20. Petersen PE, Ekholm O, Jørgensen N. Overvågning af voksenbefolkningens tandstatus og tandlægebesøg i Danmark - situationen i 2005 og udviklingen siden 1987. *Tandlægebladet* 2010; 114: 480-91.
21. Petersen PE, Kjølner M, Christensen LB, Krstrup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent*. 2004; 64: 127-35.
22. Krstrup U, Petersen PE. Periodontal conditions in 35-44 and 65-74-year-old adults in Denmark. *Acta Odontol Scand*. 2006; 64: 65-73.
23. Petersen PE. Dental visits and self-assessment of dental health status in the adult Danish population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1983; 11: 162-8.
24. Folketinget. Lov om børnetandpleje. Lov nr. 217 af 19. maj 1971
25. Folketinget. Lov om tandpleje. Lov nr. 310 af 4.juni 1986
26. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR). Tilgået 28-11-2018: <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tandpleje/kommunal-tandpleje-og-tilskudsordninger/sundhedsstyrelsens-centrale-odontologiske-register-scor>
27. Krstrup U, Holm-Pedersen P, Petersen PE, Lund R, Avlund K. The overtime effect of social position on dental caries experiences in a group of old-aged Danes born in 1914. *J Public Health Dent*. 2008; 68: 46-52.
28. Vilstrup L, Holm-Pedersen P, Mortensen EL, Avlund K. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. *Gerodontol*. 2007; 24: 3-13.
29. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2015.

30. Petersen PE, Ogawa H. Promoting oral health and quality of life of older people-the need for public health action. *Oral Health Prev Dent*. 2018; 16: 113-24.
31. Jensen HAR, Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Tandstatus. Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013. Statens Institut for Folkesundhed. København, 2015.
32. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Hvad ved vi om brugerbetaling og efterspørgsel efter voksentandpleje? Del II: International sammenligning af erfaringer med brugerbetaling i voksentandplejen. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, 2018.
33. Eaton KA, Ramsdale M, Leggett H, Csikar J, Vinall K, Whelton H, Douglas G. Variation in the provision and cost of oral healthcare in 11 European countries: a case study. *Int Dent J*. 2018, Sep. 19. Doi: 10.1111/idj.12437 [E-pub ahead of print].
34. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Rapport om serviceeftersyn af sundhedslovens krav til indholdet af omsorgstandplejen. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.
35. Social- og Integrationsministeriet. Opfølgende orienteringsskrivelse vedrørende tilskud til tandpleje efter aktivlovens §82a. København: Departementet, 2013.
36. Sundhedsstyrelsen. Nationale retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. Sundhedsstyrelsen: København, 2016.
37. Christensen AI, Jensen HAR, Ekholm O, Davidsen M. Materiale og metode. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2018.